



## Aanvraag PAP-therapie

\* Verplicht veld

### Gegevens verzekerde

\* Voornaam \_\_\_\_\_

\* Achternaam \_\_\_\_\_

\* Geslacht  M  V

\* Geboortedatum \_\_\_\_\_

\* Adres \_\_\_\_\_

\* Postcode \_\_\_\_\_

\* Woonplaats \_\_\_\_\_

\* Telefoonnummer \_\_\_\_\_

    Tweede telefoonnummer \_\_\_\_\_

    E-mailadres \_\_\_\_\_

\* Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_

\* Polisnummer \_\_\_\_\_

\* BSN \_\_\_\_\_

### Gegevens medisch specialist

\* Uw naam \_\_\_\_\_

\* Zorginstelling \_\_\_\_\_

\* Afdeling \_\_\_\_\_

\* Plaats \_\_\_\_\_

\* Telefoonnummer \_\_\_\_\_

\* Functie \_\_\_\_\_

\* BIG nummer \_\_\_\_\_

    AGB nummer \_\_\_\_\_

    E-mailadres \_\_\_\_\_

\* Datum aanvraag \_\_\_\_\_

### Afleveradres (indien afwijkend)

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

Medische indicatie  OSA

### Diagnose

\*Onderzoeksmethode  PSG  PG

\*Datum onderzoek \_\_\_\_\_

### Gemeten waarden

\*Apneu/Hypopneu Index (AHI) \_\_\_\_\_ (aantal per uur)

\*Apneu index \_\_\_\_\_ (aantal per uur)

Desaturatie index \_\_\_\_\_ (aantal per uur)

Laagste desaturatie \_\_\_\_\_ %

BMI \_\_\_\_\_

### Klachten voor behandeling

*Concentratiestoornissen	<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
*Hypersomnolentie overdag	<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
*Stemmingsstoornissen	<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig
*Verhoogde prikkelbaarheid	<input type="checkbox"/> Afwezig	<input type="checkbox"/> Licht tot matig	<input type="checkbox"/> Ernstig

Bijlage(s)  Polygrafie rapport

Anders



## Apparaat

Standaard geleverd met luchtbevochtiger.

Instellingen apparaat	<input type="checkbox"/> * APAP	Min. druk _____ cm H <sub>2</sub> O
		Max. druk _____ cm H <sub>2</sub> O
	<input type="checkbox"/> *CPAP	CPAP druk _____ cm H <sub>2</sub> O
	<input type="checkbox"/> *BiPAP	IPAP druk _____ cm H <sub>2</sub> O
		EPAP druk _____ cm H <sub>2</sub> O
	Drukopbouw (Ramp) _____ min.	
	Startdruk _____ cm H <sub>2</sub> O	

## Depotbeheer locatie zorginstelling (alleen invullen indien van toepassing)

<input type="checkbox"/>	Nummer sticker op grijze box	_____
<input type="checkbox"/>	Datum instructie	_____

## Opmerkingen

---

---

---

## \*Handtekening

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en faxen naar 0570 - 858 451